

O Ś W I A D C Z E N I E *(Świadczeniobiorcy lub opiekuna)*

Ja

legitymująca/y się dowodem osobistym seria nr

wydanym przez

urodzona/y w Pesel

zamieszkała/y

telefon kontaktowy

jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny / opiekun faktyczny / kurator wyrażam zgodę na

umieszczenie w ZOL w Centrum Medycznym SKAŁKA w Bukownie, począwszy od

wyznaczonego dnia przyjęcia, **Pani/Pana**

urodzona/y w Pesel

legitymująca/y się dowodem osobistym seria nr

wydanym przez

zamieszkała/y

Zobowiązuję się do wnoszenia odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy
w wysokości ustalonej w umowie.

Oświadczam także, iż środki w wysokości przeznaczone na opłacenie
pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich
a dopłatę do pobytu w wysokości będę wnosił w całości.

..... dn.

Miejscowość

.....

Podpis Świadczeniobiorcy / Opiekuna